FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Année 1891 THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 25 juillet 1891, à 10 heures

PAR

Laurent FINK

Ancien prosecteur à l'Ecole de Médecine de Poitiers,
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DES RAPPORTS
DE LA
MIGRAINE OPHTHALMIQUE
AVEC L'HYSTÉRIE

Président : M. DEBOVE, *professeur.*

Juges : MM.
DIEULAFOY, *professeur*.
HUTINEL, HANOT, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

360

Année 1891 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 25 juillet 1891, à 10 heures

PAR

Laurent FINK
Ancien prosecteur à l'Ecole de Médecine de Poitiers,
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DES RAPPORTS
DE LA
MIGRAINE OPHTHALMIQUE
AVEC L'HYSTÉRIE

Président : M. DEBOVE, *professeur.*
Juges : MM. DIEULAFOY, *professeur.* HUTINEL, HANOT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15
1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	**MM.**
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	POUCHET.	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	TROISIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RETTERER.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE	LETULLE.	REYNIER.	WEISS
CHAUFFARD.	MARIE.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RICARD.	
FAUCONNIER.	NELATON.		

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ECOLE DE POITIERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur DEBOVE

Médecin de l'Hôpital Andral,
Chevalier de la Légion d'honneur.

I

INTRODUCTION

La migraine ophthalmique peut être définie : *Une névrose caractérisée par des troubles visuels consistant soit en sensations lumineuses subjectives, soit en l'oblitération d'une partie du champ visuel, et précédant une hémicrânie qui se termine généralement par des nausées suivies de vomissements.*

Les anciens, rencontrant la migraine associée au scotome scintillant, en faisaient deux affections distinctes. Ils signalaient des troubles oculaires à titre de simple complication des accès migraineux.

Piorry le premier, en 1837, décrit exactement le scotome scintillant, mais il ne voit là qu'un trouble sensoriel, prodromique d'une névrose à laquelle il donne le nom d'irisalgie, il n'admet pas d'entité morbide spéciale.

En 1867, à la société ophthalmologique d'Heidelberg, Fœrster donne sa propre observation, mais il en est encore à admettre une simple analogie entre le scotome scintillant et la migraine.

Depuis cette époque, la migraine ophthalmique a été assez souvent étudiée, et nous pouvons citer la thèse de Dianoux en 1875, celle de Baron en 1878, l'article du

Dr Galezowski, en 1878 dans les *Archives de médecine*, et celui du Dr Ferré en 1881 dans la *Revue de médecine*, la thèse de Raullet en 1883.

Mais tous ces auteurs, en étudiant la migraine ophthalmique, se sont bornés à constater dans plusieurs cas la coïncidence de cette maladie avec des affections nerveuses telles que l'hystérie, l'épilepsie etc. ; ils semblent ne pas avoir remarqué, comme l'a récemment montré M. le Dr Babinski (1), les relations intimes qui peuvent exister entre certaines migraines ophthalmiques et l'hystérie. C'est ce que nous nous proposons d'étudier.

Mais, avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le Dr Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, de la bienveillance duquel nous n'avons pas craint d'user, peut-être même avec excès, et à MM. les Drs Autellet et Lusseau, médecins des hôpitaux de Poitiers, qui nous ont maintes fois témoigné l'intérêt qu'ils nous ont porté.

Nous adressons aussi nos remerciements à M. le Dr Babinski, médecin des hôpitaux, pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner au sujet de ce travail ; à M. le Dr Souques, à l'amabilité duquel nous devons l'observation II, et à M. le Dr Kœnig, qui a pratiqué l'examen ophthalmoscopique de notre malade de l'observation I.

Enfin, que M. le professeur Debove veuille bien égale-

1. *Archives de Neurologie* (novembre 1890). *De la migraine ophthalmique, hystérique*, par G. Babinski.

ment agréer nos sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

II

SYMPTOMES DE LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE

Avant d'aborder l'étude même des rapports de la migraine ophthalmique avec l'hystérie, jetons un coup d'œil sur la symptomatologie de ces deux affections.

La migraine ophthalmique débute par des troubles oculaires.

Ces troubles peuvent exister seuls pendant de longues années (migraine ophthalmique fruste) ou être périodiques, et précéder de quelques jours une migraine suivie de vomissements (migraine dissociée). Mais ces cas sont rares.

Au début, hémiopie transitoire survenant graduellement ou subitement, puis sensation de feu d'artifice, de gerbe de feu ; les malades éblouis ne distinguent plus rien ; mais une fois habitués à ces visions, ils en donnent généralement des descriptions identiques : éblouissement, suivi de l'apparition d'une roue dentée lumineuse, animée de vibrations très rapides et douée d'un mouvement de rotation. Cette roue s'élargit, son centre s'obscurcit, ses dents ressemblent alors, suivant la comparaison d'Airy, aux angles d'un plan de fortification.

Puis le cercle lumineux s'agrandit, le malade n'en voit plus qu'une partie, sous forme de ligne brisée, qui finit par disparaître complètement.

Quelquefois le malade n'a qu'un obscurcissement de la vue, ou bien il aperçoit un simple zigzag lumineux semblable à une étincelle électrique. Rarement on observe une cécité complète.

Ces troubles visuels semblent prédominer dans un œil ; souvent ils occupent un côté du champ visuel des deux yeux. Ils sont accompagnés d'une sensation de tension dans l'œil affecté.

La douleur céphalique suit les phénomènes lumineux dans un espace de temps variant de quelques minutes à une demi-heure ou une heure, rarement plus. Elle occupe ordinairement la région temporale et le pourtour de l'orbite, puis envahit toute une moitié du crâne et quelquefois même, mais avec moins d'intensité, le côté opposé.

Surviennent ensuite une sensation de vertige, des nausées et des vomissements qui généralement marquent la fin de l'accès.

Souvent on observe de l'aphasie, des troubles sensitifs ou moteurs du côté de la face ou des membres.

L'aphasie est un des troubles les plus fréquents. Rien de régulier dans la marche de la migraine ophthalmique ; elle est souvent périodique et revient tous les mois, toutes les semaines, tous les jours ; dans d'autres cas, on ne trouve qu'une seule attaque. Tous ces troubles, sensations lumineuses, hémiopie, migraine, etc., sont

passagers et la durée de l'accès varie de un quart d'heure à une demi-heure, rarement plus. Cependant, comme le dit M. le professeur Charcot : « Il n'est pas un des phénomènes habituellement transitoires du sydrôme : migraine opththalmique, qui ne puisse s'établir à l'état permanent. Ainsi l'aphasie, l'hémiopie, la parésie d'un membre, après s'être manifestés d'une manière transitoire, nombre de fois, persistent définitivement à la suite d'un nouvel accès » (1).

1. J.-M. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III.

III

DES MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES

L'hystérie a été longtemps considérée comme un ensemble de phénomènes bizarres, d'une incroyable diversité et défiant toute analyse. Les malades qui en étaient affectés étaient des êtres suspects, mus par un besoin continuel de simulation, de tromperie : hystérie était presque devenu synonyme de mensonge.

Aujourd'hui, grâce surtout aux recherches faites à la Salpêtrière, nous avons enfin des données précises sur les caractères et la marche de cette affection, nous savons qu'ils sont sous la dépendance de lois rigoureuses n'ayant aucun rapport avec le caprice ou le hasard, et M. le professeur Pitres (1) définit l'hystérie : « *Une névrose dont les accidents très variés ont pour caractère commun : 1° de ne pas être sous la dépendance directe de lésions organiques; 2° de pouvoir être provoqués, modifiés ou supprimés par des manœuvres externes ou par des causes purement psychiques; 3° de coexister en nombre variable; 4° de se succéder sous*

1. A. Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. I.

différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets ; 5° de ne pas retentir gravement sur la nutrition générale et sur l'état mental des malades qui en sont atteints.»

Cependant, malgré des carctères si nets en apparence, l'hystérie revêt parfois de telles formes que le diagnostic reste longtemps méconnu, comme le prouve l'observation suivante du Dr Petit, professeur à l'école de médecine de Rennes, et dont voici le résumé que donne M. Pitres :

« Un homme de 49 ans, était atteint depuis 6 ans de symptôme tabétiques. Il avait des douleurs fulgurantes, des troubles oculaires, de l'incoordination des mouvements. Il consulta d'abord M. Charcot, qui le considéra vomme un ataxique.

MM. Gallard, Rigal, Ball, Empis, Laboulbène, Féréol, Gérin-Roze, Bucqnoy, Sée, Durand-Fardel, Dujardin-Beaumetz, Mesnet, portèrent le même diagnostic et conseillèrent des traitements variés qui restèrent tous efficaces. Le malade, découragé, se livra aux pratiques religieuses, et plusieurs personnes l'ayant engagé à aller chercher sa guérison à Lourdes, il se rendit dans cette localité avec un grand pélerinage national.

Le 20 août 1888, après la messe, il était prosterné le front contre le pavé, priant avec ferveur, lorsqu'il éprouva tout-à-coup un grand bien-être et sentit comme ûne force intérieure qui le poussait, malgré lui à se lever. Il se redresse aussitôt et, abandonnant le bâton qui depuis plusieurs années lui était nécessaire pour se tenir en équilibre, il se mit à marcher seul, sans hésitation, sans faiblesse. Depuis lors, il marche « comme un facteur rural. »

Ainsi, voilà un homme qui a présenté pendant six ans les symptômes de l'ataxie locomotrice, et chez lequel une guérison sondaine, provoquée par une cause toute psychique, la confiance en sa prière, à seule pu démon-

trer qu'il n'y avait pas de lésion organique des cordons postérieurs. et conduire au diagnostic.

Lorsque l'hystérie revêt ainsi une forme anormale, quels sont les arguments qu'on peut invoquer pour établir qu'une affection en dépend ?

M. le Dr Rabinski (1) divise ces arguments en cinq groupes, suivant qu'ils ont trait :

1° *à l'aspect symptomatique de l'affection dont on s'occupe ;*

2° *à son évolution ;*

3° *à son étiologie ;*

4° *à l'influence que peut avoir sur elle tel ou tel traitement ;*

5° *aux renseignements fournis par l'expérimentation chez les hypnotiques.*

On pourrait peut-être ajouter 6° *à l'influence de l'hérédité.*

I. *Aspect symptomatique.* — Il est bien évident que la présence de stigmates hystériques a une très grande importance, mais cela ne suffit pas pour établir qu'une affection relève de l'hystérie, il faut encore démontrer que le syndrome dont on s'occupe a quelques-uns des attributs de l'hystérie ; qu'il peut, par exemple, être modifié par des causes psychiques, paraître ou disparaître par la pression sur des zones hystérogènes etc.

II. *Evolution.* — L'évolution de la maladie nous fournit des renseignements précieux ; le mode de début ; les relations avec certaines manifestations hystériques ; la con-

(1) *Loc. cit.*

servation intacte de l'intelligence, contrairement à ce qui a lieu dans l'épilepsie, enfin le mode de terminaison.

Prenons comme exemple l'observation suivante, raconté par M. Pitres(1), de spasmes salutataires ;

« Elisa G.., âgée de 30 ans, est une de nos hystériques avérées. Elle est hémianesthésique gauche, et sujette depuis neuf ans à des attaques hystéro-épileptiques. Il y a huit jours, à la suite d'une de ces attaques, elle a été prises de mouvements choréiformes rythmés qui persistent encore aujourd'hui. Dans le décubitus horizontal, ces mouvements sont caractérisés par des secousses convulsives d'apparence irrégulière qui ressemblent, à s'y méprendre, à la chorée vulgaire.

Mais c'est bien autre chose dans la station verticale, où les mouvements se répètent régulièrement et forcent la malade à faire, toutes les secondes environ, une sorte de salutation profonde accompagnée d'un rictus grimaçant de l'effet le plus grotesque. Les convulsions sont plus amples dans les membres du côté gauche que dans ceux du côté opposé, mais elles ne sont pas limitées, à l'une des moitiés latérales du corps.

Elles méritent bien le nom de convulsions rythmées, puisqu'elles se produisent avec une cadence régulière à des intervalles sensiblement égaux ; elles méritent aussi l'épithète de systématisées, car elles entraînent toujours des attitudes combinées du tronc et des membres, des gestes outrés, mais expressifs, semblables à ceux que pourrait exécuter un acteur comique exagérant jusqu'au ridicule la mimique de la salutation cérémonieuse.

Ces spames coordonnés s'arrêtent complètement pendant la nuit et on peut les suspendre temporairement en exerçant une pression énergique sur la région ovarienne gauche, que la malade soit dans la position verticale ou dans la position horizontale. Ils cessent aussi pendant le sommeil hypnotique provoqué.

(1) A. Pitres, *loc. cit.*

Je ne crois pas qu'il puisse y avoir le moindre doute sur la nature hystérique de cet accident. Développé subitement chez une hystérique invétérée à la suite d'une attaque convulsive, il va persister pendant un laps de temps dont il est impossible de prédire la durée, mais vous pouvez être certain qu'il guérira, et probablement il guérira tout à coup, après une émotiou morale ou après une nouvelle attaque convulsive. Il serait peut-être même possible d'en délivrer la malade en provoquant une ou plusieurs attaques par l'excitation des zones spasmogènes, et je me propose d'essayer l'action de ce moyen (1) ».

Il n'est pas douteux que ce spasme a des relations intimes avec l'hystérie, dont il n'est là qu'une dépendance, et un syndrome quelconque : mutisme, migraine ophthalmique, etc., se comportant de la même façon, ne pourrait-il pas à bon droit être rattaché à l'hystérie, alors même que les manifestations habituelles de cette névrose viendraient à manquer ?

III. *Etiologie.* — L'étiologie a moins d'importance que les signes précédents, toutefois le traumatisme, les influences morales ayant eu une action marquée sur le développement d'une affection, peuvent donner des présomptions en faveur de l'hystérie, où les émotions et tout ce qui touche au sentiment, jouent un rôle si important.

IV. *Influence du traitement.* — L'influence du traitement, comme l'étiologie, ne peut donner que des probabilités, aussi nous ne nous y arrêterons pas. Cependant, on comprend que dans certains cas douteux, lorsque le

1. Le succès a été complet après la 3e attaque.

bromure et autres médicaments seront restés inactifs où l'hydrothérapie, l'isolement, la suggestion auront réussi, ces probabilités pourront être un appoint suffisant pour affirmer un diagnostic jusque là incertain.

V. *Expérimentation chez les hypnotiques.* — On obtient souvent par suggestion chez une hystérique hynoptisée, une reproduction assez fidèle de quelques affections organiques du système nerveux, mais cette reproduction est-elle toujours parfaite ? Nous ne le croyons pas, et il est probable, quoique nous ne puissions pas encore le démontrer, que la suggestion permet à une hypnotique de reproduire avec une exactitude absolue principalement des troubles fonctionnels de nature hystérique. D'où cette conséquence : un syndrome reproduit avec une fidélité parfaite doit, le plus souvent, être une manifestation hystérique.

VI. *Influence de l'hérédité.* — Nous ne voudrions pas, après avoir invoqué des arguments aussi concluants que ceux qui viennent d'être énumérés, attacher une importance bien grande à l'influence de l'hérédité. Pourtant n'y a-t-il pas des cas, comme notre observation II en fait foi, où les antécédents semblent jouer un rôle bien important ? Il n'est si petite chose avec laquelle, à certains moments, on puisse être assuré de ne pas avoir à compter, et doit-on, lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic sérieux, négliger des signes qui, au premier moment, pourraient sembler insignifiants ?

Comme on le voit, les arguments qui peuvent nous permettre de découvrir les relations d'une affection avec

l'hystérie, sont assez nombreux, et, s'ils n'ont pas tous individuellement la même valeur, réunis, ils nous donnent des raisons sérieuses pour poser un diagnostic d'hystérie.

Nous espérons maintenant, par quelques observations, pouvoir démontrer comment la migraine ophthalmique, dont les relations avec la goutte, l'épilepsie, le tabes, la paralysie générale, ont déjà été constatées, peut, dans certains cas, être une manifestation de l'hystérie.

IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Inédite*).

(*Prise dans le service de M. le Dr Raymond*).

Ossel..., charpentier, est âgé de 38 ans, il est entré à l'hôpital Lariboisière le 18 avril 1891.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à l'âge de 52 ans, il s'est pendu.

Sa mère, morte à 40 ans, était emphysémateuse et très nerveuse.

Ses grands parents paternels étaient bien portants et sont morts très vieux.

Ses grands parents maternels sont morts jeunes, il ne les a pas connus et n'a pu, par suite, donner de renseignements sur leur constitution et leur santé.

Sa mère est très nerveuse ; elle a eu trois frères et deux sœurs ; un de ses frères serait, paraît-il, très nerveux.

Antécédents personnels. — Etant enfant, sa santé était bonne, il était très vigoureux. En 1874, un an après s'être marié, il a eu un chancre pour lequel on l'a soigné pendant quatre ou cinq semaines, et qui paraît avoir été de nature spécifique.

Il a eu huit enfants dont pas un seul ne vit : la plupart sont morts de convulsions.

De plus sa femme a fait deux fausses couches, et elle aurait perdu ses cheveux et ses dents à la suite d'une ulcération.

En 1875, il a contracté une fièvre typhoïde à forme cérébrale (il dit avoir eu un délire très violent). A la suite de cette maladie, il aurait eu un peu de parésie de la langue et une légère aphasie.

En 1889, il a été soigné à l'hôpital de Meaux pour un rhumatisme, dit-il ? Mais comme il raconte que ce rhumatisme était localisé au côté droit, qu'il est resté huit mois malade, il est probable qu'à ce moment il a eu une première attaque d'hystérie.

De plus, il est franchement alcoolique : il boit en moyenne quatre litres de vin par jour, cinq à six verres d'eau de vie et deux ? absinthes.

Migraine ophtalmique. — Le *11 avril à 8 heures*, après avoir bu à jeun un plus qu'à l'ordinaire, il travaillait à cheval sur une solive et tenait un outil de la main droite : il a vu alors *quelques lueurs*, puis un brouillard lui a passé devant les yeux, il a *perdu connaissance*. Il a pourtant pu se rattraper de la main gauche à une poulie voisine, tandis que de la main droite il avait lâché son outil, *et son bras droit était inerte* le long du corps.

Au bout de quelques minutes il est revenu à lui, mais il n'avait plus connaissance de ce qui s'était passé, et il fut très étonné de ne plus avoir son outil en main.

Il a ressenti des battements de cœur et une douleur dans la tête comme s'il avait eu un bandeau serré : il respirait assez difficilement. Revenu complètement à lui, il a pu redescendre tout seul.

Dans la journée, le malade n'a rien ressenti, et ce n'est qu'à huit heures du soir qu'il a eu un léger éblouissement, lequel a disparu très rapidement.

Le *lendemain 12 avril*, vers 4 heures de l'après-midi, il ressent une *certaine chaleur au niveau de la gorge*, puis il *crache deux ou trois fois du sang pur*. En même temps il éprouve une douleur vague dans l'épaule, puis au pli du coude (il couche dans une chambre saine, et de plus il avait dormi dans le décubitus dorsal : ni humidité, ni fausse position). Il veut élever le bras droit, mais il a de la peine, tant il semble lourd, et ce mouvement exagère la douleur. A ce moment il n'éprouve encore rien dans le membre inférieur.

Deux jours après, le *14 avril*, un douleur très vive et qu'il compare à un coup de canif, se fait sentir à la racine de la cuisse ; cette

douleur s'est répétée plusieurs fois, il a commencé alors à boiter et il a éprouvé à la cuisse ce qu'il avait éprouvé au bras : elle lui paraissait pesante, engourdie. Cet engourdissement s'est étendu deux jours après à la jambe et au pied. Il reste ainsi deux jours chez lui, ayant cessé tout travail ; c'est alors qu'il se décide à venir à l'hôpital.

Examen du malade. — L'élévation du bras et la flexion de l'avant-bras sur le bras se font difficilement, dans le premier mouvement le malade sent une douleur en arrière, sur le bord externe de l'omoplate, un peu au-dessus de l'angle inférieur ; dans le second, la douleur siège au niveau de l'insertion bicipitale inférieure. Ces douleurs augmentent à la pression.

Les mouvements de pronation et de flexion du poignet sont lents et difficiles, de même que l'opposition du pouce et du petit doigt ; les doigts se fléchissent très incomplètement, surtout les premières phalanges, sur les métacarpiens. Les mouvements d'extension semblent mieux conservés.

De plus, les muscles adducteurs du pouce et ceux de l'éminence thénar sembtent un peu moins saillants du côté droit que du côté gauche. Du reste, depuis sa première attaque, il trouve que sa main droite est moins forte que sa main gauche. Si on lui fait écarter les doigts, il ne présente pas de tremblement alcoolique bien net.

Il marche droit, mais il meut sa jambe droite tout d'une pièce : il rapproche facilement les talons et, après avoir fermé les yeux, il reste en équilibre, mais il n'apprécie pas le degré de résistance du sol sur lequel il marche.

Sensibilité générale. — Il y a *anesthésie complète du côté droit* (tact, douleur, température) aussi bien sur la face que sur les membres, *excepté en deux endroits* : le premier est un point situé sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, à sa partie moyenne : l'autre est une partie de la région dorsale comprise entre la colonne vertébrale en dedans, une ligne verticale rasant le grand trochanter en dehors, et deux lignes horizontales passant l'une par l'angle inférieur de l'omoplate et l'autre dans le pli fessier.

Dans cette région la sensibilité paraît conservée ou seulement diminuée.

Sensibilité spéciale. — Perte de l'odorat, perte du goût à droite.

Du côté de l'ouïe, quelques bourdonnements.

Sensibilité de la sclérotique diminuée à droite.

Examen de l'œil, pratiqué par M. le Dr Kœnig. Hémiopie transitoire à la suite des attaques. Rétrécissement du champ visuel à 55° de chaque côté. Amblyopie à forme transitoire :

Diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit ;

Migraine ophthalmique.

Dyschromatopsie prononcée à droite.

Intégrité du sens chromatique à gauche.

La vision des couleurs reparaît un peu à droite après qu'on a montré les couleurs à l'œil gauche.

Sens musculaire. — Perte complète à droite, diminution du côté gauche.

Réflexes. — Conservés, même le pharyngien.

Depuis son accident, le malade crache du sang tous les matins.

Au poumon. — Légère submatité et espiration prolongée au sommet droit.

Un peu de difficulté de la miction.

Quelques douleurs épigastriques après les repas. Tous les autres organes sont intacts.

Le malade a quitté l'hôpital beaucoup amélioré, rien que par le repos et la suppression de l'alcool.

OBSERVATION II (*inédite*).

(*Communiquée par M. le Dr Soucques, interne des hôpitaux*).

Hémiplégie hystérique, migraine ophthalmique.

Le P..., Eugène, 34 ans, garçon de café, est entré le 31 octobre 1890, dans le service de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires.

Grands parents : *Côté paternel.* — Inconnus du malade.

Côté maternel. — La grand'mère avait eu dans sa jeunesse des

crises convulsives « haut mal »? Elle est morte paralysée et aphasique.

Père : Cultivateur, né à Lingèvre (Calvados), était un fort buveur. Il serait mort d'une affection de la moelle épinière, après deux ans de maladie (eschare sacrée, douleurs rénales).

Mère : D'une bonne santé, âgée de 62 ans. Elle a des *attaques d'hystérie* : les crises reviennent quelquefois deux fois par semaine, elle se mord les mains, déchire ses vêtements, crie et pleure. Elle perd connaissance, et se débat très fort. Les contrariétés sont la cause occasionnelle de ses crises.

Une sœur morte à 8 ans de?

Oncles et tantes. Côté paternel, rien à signaler. Côté maternel, deux tantes (sœurs de sa mère) ont eu des attaques convulsives.

Cousins et cousines.	Côté maternel	Un cousin germain a des attaques convulsives. Une cousine tombe aussi du « haut mal »?
	Côté paternel	Un cousin est mort aliéné dans une maison de santé de Rouen.

Antécédents personnels.

Le P... est né à Lingèvre (Calvados), où il a vécu jusqu'à l'âge de 14 ans. Il a été en classe jusqu'à 13 ans et il a appris à lire, à écrire et à compter. (Il ne sait plus aujourd'hui faire une division).

Dans sa première enfance, il a eu la rougeole et une fièvre muqueuse. Il a eu des *convulsions* vers 3 ou 4 ans. Sa mère, dit-il, a eu beaucoup de peine à l'élever.

Il a pissé au lit jusque vers 12 ou 13 ans.

Vers l'âge de 7 ans, à la suite d'une réprimande à l'école, il a été pris d'une *attaque convulsive*. Depuis, jusqu'à l'âge de 14 ans, il a eu des crises analogues deux ou trois fois par mois : il avait d'abord de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles et des nausées, puis il perdait connaissance, criait très fort et se débattait. Il urinait sous lui, dit-il, et « quelquefois se mordait la langue »?

Vers 14 ans, ces crises ont disparu, mais *il a toujours eu des vertiges*.

A 15 ans, il part à Caen pour apprendre le métier de sommelier. Il aurait eu à 16 ans une attaque d'angine de poitrine ?

A 20 ans, il tire au sort. Le jour du tirage, il a eu une attaque convulsive à la suite d'une vive émotion : ses camarades lui avaient dit qu'il ne restait que de mauvais numéros dans l'urne. On a dû tirer au sort pour lui.

Il a fait un an de service au 5e de ligne (à Caen).

Pendant cette année, sur les rangs, il a eu deux fois une crise, à la suite d'une admonestation du lieutenant. Il a été considéré comme un simulateur par l'officier. Ces crises étaient toujours précédées de l'aura céphalique.

A 22 ans (en 1877), son service terminé, il vint à Paris comme sommelier.

Il nie l'alcoolisme et les excès vénériens.

A 24 ans (1879), il a eu la syphilis avec roséole, etc.

Il a été soigné à la Charité (M. Siredey), par le sirop de Gibert et l'iodure de potassium.

Début de l'hémiplégie.

Cinq ans après, en 1884, il assista à un drame terrible.

Il était sommeiller dans un restaurant de nuit, rendez-vous de joueurs et de femmes galantes, au *Gil Blas*, (3, rue Turbigo). Il travaillait là toute la nuit, de 9 heures du soir à 9 heures du matin.

Une nuit, — c'était au mois d'août, — à deux heures, un monsieur accompagné d'une dame vient demander un cabinet pour souper. Le P... les conduit, allume le gaz et se retire, après avoir pris les ordres du client.

Quelques instants après, il entend crier : « *à l'assassin* » ; il monte et aperçoit la femme par terre, blessée, et l'homme avec un couteau à la main. Il paraît que « le Monsieur » avait voulu voler la dame, lui avait arraché ses boucles d'oreille et sa chaîne de montre.

En voulant s'interposer et défendre la femme, il reçut un coup de couteau, assez bénin du reste, au niveau de la région frontale droite. On voit actuellement à cet endroit une cicatrice linéaire et blanche, longue de 1 à 2 centimètres, large de 5 à 6 millimètres. Cette cicatrice correspond exactement à la ligne d'insertion des cheveux, sur une perpendiculaire élevée à partir de la queue du sourcil droit.

Cette scène avait tellement ému le Paulmier qu'il s'est mis à trembler de tout son corps. Vers 6 heures du matin, il s'est senti mal à l'aise, et n'a pas pu manger. On a essayé de le rassurer en lui disant que la blessure était insignifiante et « qu'il n'en mourrait pas ». A ce moment même il a perdu connaissance et est tombé par terre. Il avait vomi dans cette attaque et uriné sous lui, *sans morsure de la langue*. Quand il est revenu à lui, il s'est vu *paralysé du côté gauche*. La face aurait été intéressée ? A 11 heures, un médecin l'a fait conduire à l'Hôtel-Dieu, où il est entré dans le service de M. Germain Sée. Là, il a été traité par les bains sulfureux, l'iodure de potassium et l'électricité. Il y est resté 3 mois, et en est sorti, dit-il, très amélioré.

Il a repris son travail, mais, de temps à autre, il avait des *vertiges*, perdait connaissance et tombait par terre. Ce que voyant, son patron l'a dispensé du service de la cave.

En 1885, il est de nouveau entré à l'Hôtel-Dieu à cause de ses vertiges et d'une céphalalgie violente qu'on aurait considérée comme spécifique et soignée par des frictions mercurielles et de l'iodure. Il avait toujours son hémiplégie. Après un séjour de 1 mois, il est sorti amélioré, mais non guéri de son hémiplégie. Jamais, dit-il, depuis l'accident, sa paralysie n'a guéri complètement.

De 1885 à 1888, il a encore travaillé de son métier, comme il a pu. De temps en temps il était pris de vertiges avec perte de connaissance. ce qui l'amenait à l'hôpital. Ainsi, en 1887, il est rentré à l'Annexe, dans le service de M. G. Ballet, qui dit-il, ne l'a pas traité comme les autres et lui a donné des douches, du bromure et de la teinture de Mars. Il a été traité une seconde fois pour les mêmes accidents et de la même façon par M. Ballet, à Necker.

En 1888, son hémiplégie et ses vertiges l'ont obligé à quitter son métier.

Depuis cette époque, il a vécu difficilement d'une vie malheureuse restant parfois plusieurs jours sans manger, logeant avec un de ses cousins. De temps à autre il distribuait des prospectus dans la rue, ou rentrait dans un hôpital (Laënnec, St-Antoine, etc.).

État actuel.

1° *Hémiplégie du côté gauche.* — Pas de paralysie faciale. La langue

est un peu tirée à gauche. Le malade affirme que parfois la lèvre supérieure gauche et l'œil correspondant sont animés de petites secousses convulsives.

Au dynamomètre { Main droite 40,
Main gauche 6.

Les *réflexes* rotuliens sont assez forts, mais égaux des deux côtés. Aux coudes et aux poignets ils semblent un peu plus forts à gauche.

2° *Hémianesthésie droite.* (Du côté opposé à la paralysie motrice). — Cette hémianesthésie sensitive est complète et totale, elle s'étend à la conjonctive et au pharynx.

Trois zones hystérogènes amenant l'aura, mais non l'attaque, et situées du côté gauche : testicule, pseudo-ovarien et sous-costal.

En outre, il existe *deux points douloureux* spontanément ou à la suite d'une pression assez forte : au niveau de la tempe droite, et de la ligne médiane de la nuque.

3° *Les sens* sont intéressés :

Odorat : aboli à droite.

Ouïe : abolie du même côté.

Goût : aboli des deux côtés.

Œil (Examen de M. Parinaud, 5 novembre 1890) :

Amaurose presque complète à gauche.

Rétrécissement à 20° avec achromatopsie droite.

Pas de lésions du fond de l'œil.

Les *sens musculaire* et articulaire sont abolis du côté droit.

4° *Migraine ophthalmique et céphalalgie nocturne.* — Depuis qu'il a eu la syphilis, il a de temps à autre de la céphalalgie vespérale et nocturne, par périodes plus ou moins longues. Depuis 4 mois elle revient tous les jours de la manière suivante : le soir, le malade éprouve des douleurs au niveau des points de la tempe et de la nuque. De ces deux points comme centre partent des irradiations qui se généralisent à tout le côté droit du crâne, en respectant le côté gauche. Cette douleur vespérale se prolonge durant la nuit et empêche le malade de dormir ; elle est parfois suivie de vomissements aqueux. Le matin, la céphalalgie disparaît. Dans la nuit elle est atroce et lui donne l'envie d'aller se mettre la tête sous l'eau.

D'autres fois elle débute au-dessus de l'angle externe de l'œil droit

qui se met à pleurer, puis atteint le côté gauche correspondant du crâne, et, au bout d'une demi-heure environ, gagne la nuque, où elle forme un second foyer douloureux.

Peu après le début de ces douleurs, le malade éprouve des *troubles oculaires* : larmoiement, amblyopie et sensations visuelles colorées. Il voit comme un nuage, comme une fumée blanche qui vibre, et des étoiles multicolores, bleues violettes et jaunes. Au bout d'un quart d'heure ces troubles disparaissent : « il lui semble qu'une toile noire descend devant ses yeux », et tout est fini.

Autrefois, avant d'avoir de la migraine avec phénomènes oculaires, il était sujet à la migraine classique.

5° *Etat psychique.* — Le P... a le caractère assez bizarre, il rit souvent sans motif, quoique qu'il soit triste.

Intelligence assez obtuse et amnésie très prononcée.

Il a quelquefois maintenant des étourdissements, des vertiges, mais pas d'attaques convulsives.

Description d'un accès. 29 décembre 1890. — A 4 h. 1/2 du soir, début de la céphalalgie par des douleurs lancinantes et térébrantes, au niveau de la *tempe droite*. Ces douleurs sont si vives qu'il va mettre sa tempe sous un robinet d'eau froide et qu'il y applique en permanence le manche d'une cuiller à bouche.

Bientôt *deux autres foyers douloureux* se réveillent : l'un derrière l'angle postérieur de la mâchoire du côté droit ; l'autre dans la région de la nuque, à un travers de doigt de la ligne médiane et à deux au-dessous de la base occipitale droite. Ce dernier foyer est de beaucoup le plus douloureux.

De ces trois foyers comme centres partent des irradiations pour ainsi dire concentriques, dans le côté droit du crâne exclusivement. Ces irradiations n'arrivent pas à se rejoindre, et il reste des zones intermédiaires à peine douloureuses, « simplement engourdies », suivant l'expression du malade.

Ces douleurs spontanées, on peut les exaspérer par la pression : pression légère pour les points occipital et rétro-maxillaire, pression profonde pour le point temporal.

Outre ces exacerbations, la pression provoque des battements profonds dans la tempe droite, des bourdonnements dans l'oreille correspondante, et de la constriction à la gorge.

A 5 h. 1/2, apparition des vertiges, les lits se retournent, le plafond tourne, etc.

A 6 heures surviennent les troubles oculaires : brouillard semé d'étoiles multicolores, perte absolue de la vision.

Dix minutes après, nausées et vomissements. Aucun trouble moteur ou sensitif de la face ou des membres.

Pas de troubles du langage.

Ces phénomènes migraineux ont duré jusqu'à 7 heures.

A 8 heures, il s'est endormi.

. . . .

14 février 1891. — Le malade quitte le service dans le même état.

OBSERVATION III (*Dr Babinski*)

Malade âgé de 21 ans. Accès de migraine ophthalmique. Attaques convulsives. Ces attaques sont parfois précédées d'une aura qui consiste tantôt en un accès de mutisme de nature hystérique, tantôt en accès de migraine ophthalmique. Stigmates hystériques : hémianesthésie à droite ; anesthésie du voile du palais et du pharynx ; amblyopie, diplopie musculaire, rétrécissement bilatéral du champ visuel. Les attaques convulsives et les accès de migraine se sont développés à la même époque et ont disparu en même temps, deux mois après le commencement du traitement qui a consisté en bromures et en douches.

Prud..., âgé de 21 ans, graveur.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants; neuf frères et sœurs, dont quatre morts, et parmi ces derniers un a succombé à une méningite.

L'une des sœurs est très impressionnable : elle a eu, il y a de cela deux ans, des attaques sur les caractères desquelles nous manquons de renseignements précis. Nous savons seulement que, durant les crises, elle conservait en partie sa connaissance et qu'elle pleurait et et poussait des cris.

Antécédents personnels. — Jusqu'au mois de janvier 1886, Prud..., a joui d'une très bonne santé. A cette époque il fut atteint d'une conjonctivite intense qui provoqua l'apparition de douleurs dans l'œil et d'une obnubilation de la vue, phénomènes intermittents qui se développaient chaque jour vers la même heure, duraient environ quatre heures et disparaissaient peu à peu. Un médecin déclara qu'une opération était nécessaire, et il fut décidé que celle-ci aurait lieu le 31 janvier. Le malade attendit ce jour avec une grande anxiété, et à la date fixée il eut une première attaque convulsive. Le lendemain, à trois heures de l'après-midi, deuxième attaque semblable à la précédente, et, pendant 15 jours de suite, crises analogues apparaissant à la même heure, survenant brusquement sans être annoncées par un signe précurseur.

A partir du 15e jour, les attaques se modifient en ce qu'elles sont précédées d'une aura constituée comme il suit : pendant un quart d'heure le malade ressent une douleur siégeant au niveau du vertex, qui semble se pro ager ensuite, dit-il, par l'intermédiaire de fils jusqu'au rebord orbitaire gauche, et devient très vive; en même temps il éprouve une sensation de tremblement de l'aile gauche du nez. Puis survient une vision lumineuse : Prud..., aperçoit du côté gauche, et des deux yeux à la fois, ce dont il s'est assuré en fermant alternativement l'œil droit et l'œil gauche, des étincelles, des traits lumineux, jaunes, qui, petit à petit, se réunissent et constituent une figure ayant l'aspect suivant : la périphérie est formée par une ligne en zigzags, faisant un tour incomplet, une sorte de roue irrégulière, brisée en un point, tournant sur elle-même et colorée de teintes brillantes, rouges, bleues, vertes et jaunes; l'espace délimité par cette ligne est sombre. Cette figure, petite au début, s'agrandit et finit par occuper tout le champ visuel. Puis, après une durée de quelques minutes, la vision lumineuse s'atténue et disparaît rapidement du côté gauche. Pendant toute la durée du scotome la douleur de tête persiste, mais elle est réduite à de simples élancements assez espacés et localisés seulement à la partie inférieure de l'orbite gauche.

L'attaque survient alors : le malade tombe à terre privé de connaissance, ses membres sont agités de mouvements convulsifs peu

intenses, et il a une tendance à tourner autour de l'axe vertical de son corps, de droite à gauche. Il se mord parfois la langue, mais ne pousse pas de cris. L'attaque dure habituellement dix minutes, et, dès qu'elle est terminée, Prud..., revient complètement à lui sans éprouver d'affaissement, et son intelligence est absolument lucide.

Le malade, prévenu par son aura de l'attaque, peut, par un effort de volonté, retarder le moment de son apparition mais la crise est alors plus intense.

Le scotome et la migraine ne sont pas toujours suivis de l'attaque ; il arrive souvent qu'ils apparaissent et présentent tous les caractères qui viennent d'être indiqués, indépendamment de toute crise convulsive. Parfois aussi la douleur de tête qui précède le scotome se développe et disparaît sans être suivie de la vision lumineuse.

D'autre part, *l'aura de l'attaque convulsive, au lieu d'être constituée par la migraine ophthalmique est représentée dans certaine crises par du mutisme*. Cela arrive particulièrement quand Prud.... soutient une conversation : un sentiment d'ennui et de lassitude s'empare de lui ; sa langue s'embarrase, et il lui devient impossible de parler, d'écrire, d'émettre même le moindre son ; il conserve pourtant sa connaissance, jusqu'au moment où les convulsions apparaissent.

Le malade vient à la Salpêtrière consulter M. Charcot, le 3 mars 1886. La veille encore il a eu une attaque, et, comme on le voit, il présente les troubles que nous venons de décrire, depuis plus d'un mois. C'est un homme chétif, de petite taille.

La sensibilité générale au tact, à la douleur, à la température, et le sens musculaire sont notablement affaiblis à droite. Le pharynx et le voile du palais sont insensibles.

Le malade présente des troubles visuels des deux yeux ; il y a de l'amblyopie légère, de la diplopie monoculaire et un rétrécissement très accentué du champ visuel. On soumet le malade à l'hydrothérapie et on lui prescrit en même temps du tribromure (à doses progressives croissantes et décroissantes) de 3 à 5 par jour.

Prud..., revient à la consultation un mois après ; son état s'est notablement amélioré ; les attaques convulsives ont complètement disparu ; quant aux accès de scotome et de migraine, ils apparaissent plus rarement, et les couleurs des lignes lumineuses sont bien moins brillantes qu'auparavant. Le traitement est continué.

Deux mois après le malade revient à la Salpêtrière de nouveau et dit que, depuis un mois, il n'a éprouvé aucun trouble. Les signes constatés, lors du premier examen, hémianesthésie, etc., ont presque complètement disparu.

(Le malade n'est pas revenu à la consultation).

OBSERVATION IV (*Balinski*).

Jeune fille de seize ans. Stigmates de l'hystérie : hémianesthésie sensitivo-sensorielle à droite ; dyschromatopsie et léger rétrécissement du champ visuel à droite. La malade est sujette à des attaques constituées comme il suit : battements dans les tempes ; sensation de constriction dans la gorge ; mouvements d'élévation et d'abaissement de la paupière droite qui se succèdent très rapidement ; en même temps scotome scintillant et hémicranie droite, très violente. Il existe dans la région vertébrale, au niveau de la 6e dorsale, une zone d'hypéresthésie qu'il suffit de presser même très superficiellement pour faire apparaître le scotome. Traitement : bromure de potassium et hydrothérapie. Amélioration très rapide.

A. G.., âgée de 16 ans, vient à la consultation de M. Charcot au mois de décembre 1887.

Antécédents héréditaires. — D'après les renseignements que donne la malade, il n'y a rien à signaler à cet égard.

Antécédents personnels. — Plusieurs maladies dans l'enfance mais aucune manifestation névropathique.

L'affection dont elle souffre actuellement remonte à 3 mois, et la première manifestation a consisté en douleurs de tête survenant par accès, apparaissant tous les jours à 4 heures du soir, s'atténuant pendant la nuit et disparaissant dans la matinée. Ces douleurs occupent le côté droit de la tête et elles ont leur maximum d'intensité dans la région sus-orbitaire et temporale en dehors du trajet des filets nerveux. Elles sont lancinantes, s'accompagnent de photopho-

bie de l'œil droit qui est presque toujours fermé, s'exagérant par le bruit et diminuant par la pression exercée sur la région affectée.

Cette première période dure 10 jours. Aux accès de céphalalgie viennent s'ajouter alors des *douleurs siégeant dans la région vertébrale, au niveau de la 6e dorsale,* dans les régions sus et sous-maxillaires ; elles sont d'abord intermittentes puis deviennent fixes et obligent la malade à s'aliter ; ces douleurs sont fugitives et gênent la respiration et les divers mouvements. Cinq jours après surviennent des douleurs dans les genoux surtout du côté gauche, avec hémianesthésie cutanée de la région externe de la jambe.

Enfin, après une nouvelle période de 5 jours, quelques-uns des phénomènes que nous venons de mentionner s'atténuent et on voit apparaître alors des crises nerveuses semblables à celles qu'elle présente actuellement et qui sont constituées comme il suit :

La malade ressent des battements dans les tempes, elle éprouve une sensation de constriction dans la gorge, et la paupière droite est animée de mouvements rapides d'élévation et d'abaissement. Il se développe une douleur de tête très violente, analogue, au point de vue de son siège, à la céphalalgie du début, et en même temps la malade a une vision lumineuse qu'elle décrit de la façon suivante :

Elle aperçoit à gauche une figure qu'elle compare, quant à la forme, à une étoile qui s'agrandirait petit à petit, dont la périphérie serait constituée par une ligne en zigzags d'un jaune lumineux et dont le centre serait représenté par un espace obscur parsemé de points brillants. Les crises ne durent que quelques minutes : elles apparaissent spontanément 7 ou 8 fois par jour, mais on peut les faire naître à volonté en comprimant le point douloureux de la région dorsale, et la malade peut encore obtenir le même effet en fermant l'œil droit.

A. G.., a l'apparence d'une fille vigoureuse. Il y a une diminution de la sensibilité au tact, à la douleur, à la température et du sens musculaire à droite. La malade ne peut se tenir sur le pied droit les yeux fermés, tandis qu'elle le fait bien sur le pied gauche. Il y a de la dyschromatopsie à droite ; elle ne distingue pas le violet et le bleu du noir ; le champ visuel de l'œil droit est un peu rétréci. Il y a une diminution du sens de l'odorat et abolition du sens du goût à droite,

On prescrit à la malade du bromure de potassium, 3, 4, 5 gr., et des pratiques hydrothérapiques.

Elle revient deux mois après sa première visite. Son état est très amélioré. Les accès n'apparaissent plus que tous les dix jours environ ; le scotome scintillant est beaucoup plus petit et moins brillant, et la céphalalgie est moins vive.

La malade a été revue un mois après et quoique, depuis sa deuxième visite, elle n'ait suivi le traitement prescrit que d'une façon très irrégulière, les crises n'ont reparu qu'à de très rares intervalles.

OBSERVATION V (1) (*Ch. Féré*).

Mme A..., 41 ans, forte, très grasse, a eu deux enfants. Bien réglée, pas de maladies antérieures, sauf des accidents nerveux dont elle se plaint actuellement encore.

A l'âge de 8 ans, elle aurait eu des *attaques convulsives* paraissant avoir été limitées au côté droit du corps, et qui se seraient reproduites pendant deux ou trois mois.

Depuis 8 à 10 ans, elle est sujette à des *engourdissements limités à la main droite* et plus marqués dans la sphère du cubital ; ils se manifestent exclusivement le matin au lever et se reproduisent à peu près tous les jours ; jamais ils ne remontent dans le bras, mais parfois elle perçoit des sensations analogues dans la jambe. Elle éprouve en même temps une sorte de battement autour de la bouche, surtout à droite ; ces sensations sont quelquefois suivies de *vertiges avec sensation de constriction dans la partie postérieure de la tête*. Pas de trouble de la parole. Rien du côté de la miction. Ces accès matutinaux d'engourdissement durent environ une heure. Ces troubles ne

1. Ch. Féré. Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique (*Revue de Méd. 1881*).

paraissent pas avoir altéré la santé générale, la malade est restée très replète. L'engourdissement périodique et passager de la main droite a été pendant plusieurs années le seul trouble nerveux observé par la malade. Depuis deux ans seulement, elle a commencé à éprouver des phénomènes particuliers du côté de la vision ; quelquefois elle s'aperçoit que la partie inférieure ou une des parties lattérales du champ visuel s'obscurcit et qu'elle ne distingue plus rien dans ces régions ; d'autre fois elle aperçoit une sorte de *roue dentée lumineuse* blanche comme la lumière électrique et dont les dents trémulent constamment. A ce moment la vue est troublée tantôt dans tout le champ visuel, tantôt seulement dans la moitié inférieure ; elle verrait seulement la partie supérieure des objets, la partie inférieure étant couverte par le scintillement brillant. Le scotome disparaît peu à peu au bout d'un quart d'heure environ, en se déviant sur le côté gauche. La crise se termine par des nausées, mais qui ne sont pas suivies de vomissements.

Les accès de céphalalgie, occupant principalement la partie postérieure de la tête ; avec une sensation de contriction, coïncident quelquefois avec les troubles de la vision ; mais, plus souvent, ils se manifestent isolément. Les douleurs de tête ne sont pas plus fortes pendant les troubles visuels. Ces derniers ne coïncident pas avec une augmentation de l'engourdissement du bras. Elle n'a jamais eu ni migraine, ni engourdissement pendant la nuit. Constipation habituelle.

10 février 1881. Elle commence à prendre élixir d'Yvon, à la dose de trois cuillerées par jour.

Purgatif tous les 3 jours.

17 février. Examen des urines : ni albumine, ni sucre. Elle continue le même traitement à la dose de 4 cuillerées, et en augmentant d'une cuillerée par semaine, jusqu'à 6 par jour.

7 avril. Elle a vu encore un certain nombre de fois des étincelles avec des *angles qui dansent*, qu'elle a décrit mieux que précédemment. Cet arc lumineux est d'un blanc bleuâtre comme la lumière électrique. Au moment où il apparaît, sa vue est troublée, tantôt en totalité, tantôt seulement dans la moitié inférieure du champ visuel. Elle a eu aussi plusieurs attaques de migraines indépendantes du scotome et précédées de l'engourdissement de la main.

Traitement : élixir d'Yvon à la dose de 6 cuillerées par jour.

12 mai. Depuis qu'elle prend du bromure, elle ne sent plus rien dans la jambe. et l'engourdissement des doigts a diminué ; mais elle se plaint d'une certaine gêne dans ces mêmes doigts lorsqu'elle ferme la main. Le scotome paraît s'être un peu modifié ; elle décrit une étoile qui apparaît du côté gauche du champ visuel et qui décrit une demi-circonférence pour aller disparaître du côté droit.

OBSERVATION VI (Ch. Féré).

Mme Vald..., sage-femme, 34 ans, sans antécédents héreditaires, ni goutte, ni rhumatisme. Pas d'antécédents personnels, seulement un peu nerveuse. D'une bonne santé habituelle d'ailleurs, replète.

Au commencement de décembre 1878, vers 11 heures du soir, en lisant dans son lit, elle a, dit-elle, une *douleur qui lui traverse la tête comme un éclair*, partant de la partie supérieure et postérieure droite, traversant obliquement la convexité du crâne, et s'arrêtant à la partie inférieure de la tempe gauche. Elle reste comme hébétée à la suite de cette douleur, puis s'endort. Quelques jours après elle éprouve à plusieurs reprises une sorte de vertige avec sensation de pression la forçant à courber la tête et à fermer les yeux ; elle aurait « dormi », dit-elle, ou perdu connaissance pendant quelques secondes. Ces accidents se sont renouvelés le 14 janvier 1879. Ce jour là, elle se réveille le matin, ne pouvant remuer ni les doigts, ni la main droite. Le lendemain, *le bras tout entier était paralysé et insensible* ; elle sentait à la paume de la main une chaleur excessive, et elle dit que sa main était très gonflée.

Vers la fin de janvier, elle éprouve une crampe dans la jambe droite, à la suite de laquelle survient une paralysie avec anesthésie du membre inférieur.

La malade dut alors garder le lit.

Le 20 février, les vertiges revinrent plus forts, et le 21, à 7 heures du matin elle sentit un tremblement dans les jambes, puis dans les

doigts, à la paume de la main droite; en même temps il se fit un mouvement de torsion de la tête, de gauche à droite: la commissure buccale était tirée à droite; les paupières étaient animées d'un mouvement convulsif comme les muscles de la face; la malade ne pouvait articuler une parole, elle ne pouvait que pousser des cris rauques. Ces convulsions cloniques durèrent environ une heure sans que la malade perdît connaissance, puis tout rentra dans l'ordre. A partir de ce moment elle commença à éprouver des douleurs paroxystiques dans la tête, partant du côté droit du cou, remontant par l'occiput vers le vertex et le front, pour se terminer à la racine du nez; ces crises duraient de 2 à 5 minutes et s'accompagnaient de nausées.

Vers la fin de mars, la malade commence à remuer la jambe droite; le 15 avril la main était à peu près libre, mais ce ne fut que vers le 15 mai que la malade put commencer à écrire.

Pendant 18 mois, elle n'eut aucune douleur de tête et fut parfaitement bien. Le 7 novembre 1880, vers 2 heures du matin, la malade entre dans une pièce surchauffée par un poële, où elle dut rester jusqu'à 4 heures.

En rentrant chez elle, elle fut prise de *vertiges* dans la rue. Elle arrive chez elle toute grelottante et se couche à 5 heures et demie. Aussitôt, elle éprouve une *douleur viotente sur le côté droit du front*, et elle a devant les yeux alternativement une grande clarté et une roue dentée rouge dont les dents vibrent, et qui tourne. Ces phénomènes persistaient même quand elle fermait les yeux. Dans la journée, elle eut des vomissements glaireux, mais les sensations lumineuses ne disparurent point. La roue dentée, rouge dans les premiers jours, devint peu à peu blanchâtre, de la couleur des éclairs, pendant 5 ou 6 jours. En même temps la douleur de tête persiste et augmente, il semble à la malade que sa vue baisse; elle ne peut ni lire ni écrire sans avoir des nausées et des douleurs violentes dans les yeux. Puis les anciennes douleurs de tête partant du cou reparaissent; il lui est impossible de se coucher sur le côté gauche sans éprouver de violentes douleurs dans l'œil gauche et au front. Ces douleurs sont toujours accompagnées de vomissements. Quelquefois elle a des tintements dans les oreilles, et par moments elle

elle est sourde de l'oreille droite. Battements dans la tempe droite. Fièvre tous les soirs vers 8 heures.

Le 25 décembre, à 3 heures après midi, la main et le bras gauche deviennent raides, la bouche se contracte en se tirant à gauche, l'œil reste fixé ; elle ne peut faire aucun mouvement de tout le côté gauche, qui est anesthésique. La contracture dura jusqu'à 5 heures. Puis de violentes crises douloureuses se succèdent de 10 en 10 minutes, commençant par le cou, remontant en arrière de la tête et se ramenant à la racine du nez. Pendant ces accès, la malade a vu double : puis devant l'œil droit venait se placer un cercle blanchâtre ayant un centre noir.

A partir du 3 janvier 1881, mieux sensible ; les crises deviennent plus rares, moins douloureuses. La douleur oculaire a diminué, la malade commence à pouvoir se coucher sur le côté gauche. Sa main gonfle un peu de temps en temps ; la surdité persiste momentanément ; sa vue est très faible, et elle voit incomplètement les objets ou ils lui semblent déformés.

Le 19 janvier, M. le Dr Meyer constate une hémiopie à forme spéciale, en ce sens que la vision normale dépasse un peu le centre, et que le champ visuel est généralement retréci, mais surtout du côté gauche. A la papille, flexuosités et varicosités des artères de la rétine. Quand elle se présente à la consultation du 4 février, les réflexes tendineux sont exagérés des deux côtés, surtout au tendon rotulien.

Sous l'influence de l'électricité statique, les phénomènes, tant encéphaliques que périphériques se sont graduellement amendés ; le 16 février, le 6 avril, M. Meyer a pu constater l'agrandissement graduel du champ visuel.

Le 3 mai, après avoir pris le café, elle a eu un accès de migraine ophthalmique à la suite de laquelle M. Landolt a pu constater une nouvelle recrudescence de l'hémiopie.

OBSERVATION VII (*Galezowski*) (1).

Migraine ophthalmique. Chute avec entorse du pied. Accidents hystériques graves.

Le 6 février dernier, le docteur Dechambre me pria d'aller voir à Passy une malade atteinte d'une amblyopie assez grave et qui lui était survenue à la suite d'une violente commotion qu'elle éprouva après une chute dans un escalier, où elle se foula le pied. Madame M... était âgée de 45 ans, myope, et ne voyait bien que de son œil droit, l'œil gauche étant toujours resté faible depuis son enfance.

Le 28 janvier, quelques jours après sa chute, elle s'était aperçue d'un affaiblissement subit de la vue de son meilleur œil. Elle ne distinguait les objets qu'à travers un certain brouillard ou une sorte de voile qui était surtout plus marqué dans la moitié droite du champ visuel. En regardant une personne, elle ne la distinguait bien que dans sa moitié gauche. Lorsqu'elle veut lire elle voit toutes les pages parsemées de taches brunes, grandes comme une pièce de 20 centimes. Ces taches sont plus ou moins nombreuses. De temps à autre la malade voit des milliers de taches blanches comme de la neige, danser devant son œil dans la moitié du champ visuel droit. Elle lit les caractères les plus fins, mais les lettres lui paraissent toujours troubles, et l'œil se fatigue immédiatement. L'œil droit est endolori et sensible au toucher il pleure souvent, mais depuis huit jours seulement. La première nuit après la chute, la malade a eu une *attaque nerveuse des plus violentes*, avec convulsions ; mais la crise a cédé grâce à l'usage de l'éther. Depuis, elle a le *bras droit légèrement engourdi* et la mémoire affaiblie.

Souvent *les mots lui manquent*, ou bien elle dit un mot pour un autre. C'est une aphasie nerveuse que la malade se rappelle avoir

1. Galezowski. De la migraine ophthalmique (*Arch. de médecine*, 1878).

déjà éprouvée, avant son dernier accident. Cette dame est goutteuse et dyspeptique. Elle souffre, depuis plusieurs années, de *migraines* qui apparaissent tous les deux ou trois mois et qui sont accompagnées de nausées, de vomissements même; mais c'est la première fois qu'elles sont suivies de troubles visuels. Le diagnostic est d'autant plus difficile dans le cas présent, que la malade est myope, et qu'à l'ophthalmoscope on découvre des atrophies chroïdiennes disséminées. Cependant, les vaisseaux rétiniens sont très contractés, ce qui existe dans l'œil gauche, sain.

Prenant en considération tous ces phénomènes oculaires et les circonstances dans lesquelles ils se sont produits, nous avons cru voir là le tableau d'une migraine ophthalmique et, en effet, aujourd'hui 11 février, le trouble de la vue a déjà diminué, les phénomènes lumineux ont disparu, *la vision s'est améliorée, et les accidents nerveux ont presque entièrement cessé.*

OBSERVATION VIII (*Galezowski*).

Migraine ophthalmique accompagnée d'amblyopie hystérique.

Mademoiselle C. B..., âgée de 21 ans, s'est présenté à la clinique de la rue Dauphine le 22 février 1878 pour des troubles de la vue qu'elle ressentait depuis deux jours, et qui apparaissent généralement chez elle à l'époque de ses règles.

Elle raconte qu'à l'âge de 15 ans elle a éprouvé pour la première fois des *douleurs dans la région de l'ovaire gauche*, des *étouffements* et des sensations de *serrement dans la région cardiaque*. Tous ces accidents avaient été causés par le chagrin que la malade avait éprouvé à la mort de son père. Dans ces moments là elle devenait toute raide et restait sans connaissance pendant 20 minutes.

Depuis cette époque elle n'avait plus eu de crises semblables, mais elle était constamment soignée pour de dysménorrhées.

Au moment des règles, elle est très agacée, et elle éprouve des crampes dans tout le côté gauche... Les paupières battent convulsivement et l'œil gauche semble vouloir sortir de l'orbite.

En même temps la vue se trouble subitement, et la malade voit apparaître des *phénomènes lumineux sous forme d'arc-en-ciel ou de zigzags.*

Une tache noire se pose sur les objets qu'elle veut regarder, et elle ne voit les objets ou les personnes qu'elle regarde que par moitié.

Si elle veut lire, les lettres se confondent et s'embrouillent. Elle est prise aussi de nausées, de vomissements même, et elle éprouve des bourdonnements dans l'oreille gauche. Lorsqu'au bout de 25 à 30 minutes ces phénomènes disparaissent, il lui reste un malaise général et un mal de tête qui durent jusqu'à la fin de la journée. On constate chez cette personne une amblyopie hystérique de l'œil gauche, avec dyschromatopsie; le champ visuel est rétréci concentriquement, et l'anesthésie périphérique atteint en bas et en dehors le point central de la vision.

La perception des couleurs n'est pas abolie dans l'œil droit, mais la perversion de cette faculté est complète du côté gauche. Pour cet œil en effet le bleu est violet; le jaune, maron; le rouge, gris; le vert, bleu; et le violet, gris...

L'ophthalmoscope ne fait découvrir aucune lésion. La malade s'est présentée à la consultation en novembre dernier pour les mêmes troubles, qui depuis ne se sont pas reproduits.

OBSERVATION IX (1) (*Baron*).

Célina Marc.... avait 17 ans et demi quand elle entra le 9 juin 1867 à l'hospice de la Salpêtrière.

Elle a eu à 16 ans sa première attaque, accompagnée d'une perte de connaissance, à la suite de l'extraction d'une dent.

Admise à la Pitié, à l'Hôtel-Dieu, puis à la Salpêtrière, elle a eu

1. Baron... *Etude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques*, (Thèse de Paris, 1878).

un grand nombre d'attaques, qui ont été observées dans le service de M. Charcot, où elle estentrée, et qui ont présenté les caractères des *convulsions hystéro-épileptiques*.

Elle est ovarique gauche avec hémianesthésie du même côté. Son observation se trouve dans la thèse de M. le Dr Svynos. Elle a servi en 1875 aux expériences de M. Landolt sur l'achromatopsie des hystériques.

Renseignements personnels. — Les attaques, chez Marc. sont toujours précédées, d'après ce qu'elle raconte, d'un état de mauvaise humeur, de malaise, de tristesse, de douleur profonde à la région ovarienne gauche, de palpitations cardiaques, de sueurs froides, de battements des tempes, de sifflement dans les oreilles. La tête devient lourde. En ce moment surviennent des *troubles visuels très accentués* : la malade voit des lumières de couleurs variées, des étincelles, du feu qui pétille ; par intervalles, ce sont des brouillards qui viennent voiler tout ce qui l'entoure.

Parfois, en regardant quelqu'un ou en fixant quelque chose, elle voit l'individu ou l'objet quelle regarde, vaciller ou tremblotter.

A ces phénomènes s'ajoutent ceux que l'on peut attribuer au vertige, car *la malade voit tourner tout ce qui peut se trouver autour d'elle*, les lits de la salle changent de place.

Par ces symptômes, Marc... reconnaît une attaque qui ne peut manquer de se produire ; aussi, trois quarts d'heure environ avant l'explosion de la crise, se fait-elle camisoler, pour éviter les violences que peut déterminer une attaque d'hystéro-épilepsie.

OBSERVATION X (*Baron*).

Mlle Cécile B..., âgée de 21 ans, couturière, demeurant rue Dupin, nº 13, s'est présentée, le 22 février 1878, à la consultation du Dr Galezowski pour des troubles de la vue, qu'elle éprouve depuis deux jours, et qui lui viennent à certaines époques coïncidant avec l'apparition des règles.

Elle a eu, étant très jeune, des fièvres éruptives et une affection du cuir chevelu. Elle avait 7 ans à l'époque où sa mère mourut de la fièvre typhoïde. Son père étant devenu fou, après la perte d'une somme d'argent considérable, elle le vit mourir dans cet état quand elle avait 15 ans.

C'est à cet âge que Mlle Cécile B... a été réglée pour la première fois, et qu'elle vit apparaître avec ses règles des accidents sur lesquels elle donne les détails suivants : « Il y avait 2 mois que j'avais perdu mon père, j'en éprouvais encore beaucoup de chagrin, quand un jour je sentis de ce côté une *douleur assez vive* (la malade désigne la *région de l'ovaire gauche*), puis quelque chose qui se tortillait dans mon estomac, qui montait, qui m'étouffait, et qui s'est arrêté là (elle désigne la région du cœur). Je devins toute raide et je tombai sans connaissance. Après être restée 20 minutes sans savoir ce qui se passait autour de moi, je remarquai en ouvrant les yeux que mon *pied gauche s'était tourné en dedans*, ce qui surprit les assistants. Une nouvelle crise survint une demi-heure après, et je fus de nouveau sans connaissance, mais en reprenant mes sens, mon pied était revenu à son état naturel. »

La malade déclare qu'elle a été beaucoup traitée pour la dysménorrhée; elle est parfois deux mois sans avoir ses règles qui viennent très peu quand elles se montrent.

Elle n'a pas eu depuis l'âge de 15 ans de crises semblables à celle qu'elle a eue après la mort de son père. Mais quand, à des époques irrégulières, elle doit avoir ses règles, elle est contrariée, agacée, ses membres de tout le côté gauche sont pris de crampes, le genou gauche se rétracte de ce côté, les tendons des muscles fléchisseurs de la jambe vers la cuisse deviennent raides et forment des cordons durs; en même temps elle sent quelque chose qui monte dans sa poitrine et qui l'étouffe ; les paupières sont agitées de mouvements convulsifs et battent avec force; l'œil gauche semble subir une impulsion et sortir de son orbite...

Le jour où les accidents doivent se produire, la malade voit, le matin en se levant, des arc-en-ciel, des lumières de toutes les couleurs. Si elle regarde un objet, une tache noire se place sur cet objet. Parfois c'est une personne qu'elle voit grossir et disparaître peu à peu. Les ob-

jets et les personnes peuvent être vus à moitié, et la moitié qui a disparu correspond à l'œil gauche. Si la malade lit, les lettres grossissent tout d'abord, puis s'embrouillent et se confondent.

Tout cela, dit Mlle Cécile B..., se passe dans l'œil gauche. Elle insiste sur ce fait et y attire notre attention sans avoir été interrogée à cet égard. Avec ces phénomènes coexistent des bourdonnements et des sifflements dans l'oreille gauche, des douleurs atroces de l'orbite gauche, des nausées, des vomissements. Elle place la main sur la partie supérieur du crâne et nous désigne le siège d'un point douloureux (*clou hystérique*). Elle s'est présentée une 1re fois en novembre dernier à la consultation de M. Galezowski pour les mêmes troubles visuels qui, depuis cette époque, ne s'étaient pas reproduits ; il y a 2 jours (20 février) qu'ils ont reparu avec des vomissements et les autres symptômes qui les accompagnent quand ils se montrent.

Aujourd'hui on constate une amblyopie avec dyschromatopsie très accentuée de l'œil gauche.

Le champ visuel de cet œil est rétréci concentriquement et l'anesthésie périphérique atteint en bas et en dehors le point central de la vision.

Toutes les couleurs sont perçues de l'œil droit, mais à gauche :

Le bleu présenté 3 fois paraît violet ;

Le Jaune	»	marron ;
Le rouge	»	gris ;
Le vert	»	bleu ;
Le violet	»	gris ;

On ne trouve rien à l'ophthalmoscope.

OBSERVATION XI (Baron).

Mme Herc..., âgée de 45 ans, couturière, occupe le lit nº 25 de la salle Saint-Bazile, service de M. Bourdon à la Charité.

Mariée depuis 24 ans, elle a toujours été dans un état de surexcitation nerveuse causée par la terreur que lui inspiraient les brutalités de son mari.

Brusquement abandonnée de celui-ci, huit ans après son mariage, elle était avec une fille de 18 à 20 ans, dans le chagrin, dans de vives contrariétés, quand on vint lui apprendre, en mai 1876, la mort de son mari dans l'île de la Réunion où il avait contracté un nouveau mariage.

Deux mois après (juillet 1876), la malade fut prise subitement un matin de *vertiges,* de bourdonnements d'oreilles, de vomissements, tout lui semblait tourner autour d'elle, elle croyait à un tremblement de terre.

Ces phénomènes se produisaient durant un quart d'heure, disparaissaient pour se reproduire pendant le même laps de temps et plusieurs fois dans la journée. Cette première crise nerveuse dura trois jours.

Depuis, Mme Herc..., quoiqu'elle soit bien réglée, a eu plusieurs crises se montrant à l'époque de ses règles, s'accompagnant de fortes douleurs dans le dos, à l'épigastre; avec sensation de boule allant de l'estomac vers la gorge. Elle rend dans ces moments une grande quantité de gaz, vomit, éprouve des vertiges et des tiraillements d'oreilles.

A la suite de quelques-unes de ces crises, elle s'est trouvé dans l'impossibilité de remuer le membre du côté gauche. Les membres contractés et engourdis étaient le siège de fourmillements, de picotements, d'élancements subits qui lui arrachaient des cris, car elle sentait comme un stylet qu'on lui enfonçait dans les airs.

Cette hyperesthésie s'étendait aux gencives et à la face, toujours à gauche. De fortes douleurs se faisaient sentir dans le dos et du même côté.

Troubles de la vue. — Le 4 décembre 1877, M. Galezowski nous fait voir la malade qu'il a examinée lui-même la veille.

Ce qui préoccupe le plus Mme Herc..., et dont elle se plaint beaucoup, est l'état de ses yeux.

Notre examen nous permet de relater ce qui suit :

1° Les yeux n'offrent rien d'anormal, sinon un peu d'injection des conjonctives palpébrales, provenant de ce que la malade se frotte continuellement les paupières avec un mouchoir. Les pupilles sont égales et contractiles.

2° Pour l'œil droit comme pour le gauche, le champ visuel n'est pas diminué.

3° A une distance qui se trouve bien au-delà du ponctum proximum, la malade distingue toutes les couleurs.

4° Mais elle ne peut pas lire de près, même les caractères n° 12 de l'échelle typographique du Dr Galezowski, sans éprouver des vertiges, des éblouissements ; elle est forcée de fermer les yeux. Elle les ferme au moment où les lettres sur lesquelles elle porte ses regards disparaissent et se trouvent couvertes d'une tache plus ou moins noire.

Ce qui arrive pour la lecture, la malade l'éprouve dans d'autres circonstances : en ragardant une personne, elle voit les différentes parties de la personne se montrer et disparaître alternativement. Ce phénomène se produit dans tous les sens. Il lui semble parfois que son œil gauche veut s'élancer hors de son orbite.

Parfois ce sont des éclairs, des étincelles, des lumières imitant les évolutions d'un feu d'artifice, qu'elle voit autour d'elle, et qui lui rendent la vue insupportable. C'est surtout en se réveillant le matin, en ouvrant les yeux, qu'elle se sent le plus incommodée de ces phénomènes.

La malade se plaint, en outre, de vertiges continuels, de bourdonnements d'oreilles plus intenses à gauche.

V

EXAMEN DES OBSERVATIONS

Passons maintenant en revue ces quelques observations et voyons si, dans tous ces cas la migraine ophthalmique ne paraît pas avoir des relations tout à fait intimes avec l'hystérie.

Observation I. — 1° Le malade qui fait l'objet de cette observation est-il hystérique ?

Cela ne nous paraît pas douteux. Ce rhumatisme qu'il a eu en 1889 n'a-t-il pas été en réalité une première attaque d'hystérie ? Nous n'avons pu avoir de renseignements précis à ce sujet. Cependant il a duré huit mois et *tout le côté droit seul était atteint*. En outre, notre malade était alcoolique et buvait une quantité notable d'absinthe ; or les travaux du Dr Lancereaux, repris dans la thèse de son élève M. Camuzet, n'ont-ils pas montré l'importance de l'absinthisme sur le développement de l'hystérie ? Toutefois ce ne sont là que des hypothèses, en ce qui concerne notre malade.

Mais dans la suite, depuis le 11 avril 1891, nous nous trouvons en face de manifestations qui revêtent un caractère hystérique beaucoup plus net. Après l'attaque

de ce jour, avec perte de connaissance, le malade se trouve le bras droit très affaibli, puis il ressent *une chaleur au niveau de la gorge,* il crache du sang pur. Plus tard il éprouve au membre inférieur droit les mêmes symptômes qu'il a déjà ressentis au bras ; il conserve parfaitement son équilibre les yeux fermés ; enfin et surtout, il est *hémianesthésique droit,* sauf en deux points et présente un *rétrécissement du champ visuel,* et la conservation des réflexes.

Tous ces troubles ont à peu près disparu par le repos et la suppression des alcools.

Il nous semble que le diagnostic d'hystérie n'est pas discutable dans ce cas.

2° La migraine ophthalmique est parfaitement caractérisée et le doute n'est pas possible à cet égard ; nous n'insisterons donc pas sur ce point.

3° Mais ce qui reste à démontrer ce sont les rapports que cette migraine ophthalmique peut avoir avec l'hystérie, dont notre malade est atteint, deux affections pouvant très bien exister concurremment sans avoir aucune relation pour cela.

Or *le premier accès de migraine hystérique a précédé immédiatement l'attaque* du 11 avril, et le malade dit très nettement qu'il a vu « quelques lueurs, puis un brouillard lui a passé devant les yeux », et il a perdu connaissance. La migraine ophthalmique a donc, dans le cas présent, été l'*aura* véritable de l'attaque d'hystérie. De plus elle a disparu en même temps.

Toutefois il est un fait que nous avons passé sous si-

lence : l'hémiopie que présentait notre malade à la suite de ses attaques.

L'hémiopie est si fréquente dans la migraine ophthalmique que Mauthner a désigné cette affection sous le nom de *scotome scintillant hémiopique*. D'un autre côté, M. Parinaud, après des recherches nombreuses dans le service de M. Charcot, n'a pas observé l'hémiopie permanente dans l'hystérie, tandis que le rétrécissement concentrique du champ visuel en est un des stigmates les plus fréquents. Nous sommes donc ici en face d'une contradiction en apparence flagrante, puisque l'hémiopie n'a pas été trouvée dans l'hystérie, tandis qu'elle est un des symptômes presque constants de la migraine ophthalmique. Mais on sait que l'hémiopie de la migraine ophthalmique atteint rarement le point central de la vision, quoique la chose ait pourtant été signalée, et qu'en réalité on se trouve la plupart du temps en face d'un simple rétrécissement unilatéral du champ visuel poussé à ses dernières limites. Enfin, quoique l'on n'ait pas encore rencontré l'hémiopie franche dans l'hystérie, a-t-on bien démontré que ces deux choses étaient incompatibles ? Nous ne le croyons pas, et la malade qui fait l'objet de l'observation X présente de l'hémiopie, quoiqu'elle soit nettement hystérique.

« Les modifications principales du champ visuel sont : le scotome central, l'hémiopie latérale et le rétrécissement concentrique.

. . . .

« Des trois variétés d'anesthésie partielle de la rétine que je viens de vous signaler, les deux premières, c'est-

à-dire, le scotome central et l'hémiopie, sont extrêment rares chez les hystériques. Le rétrécissement concentrique du champ visuel est, au contraire, un des troubles sensoriels les plus fréquents de la grande névrose. C'est un des meilleurs stigmates de l'hystérie, et, dans tous les cas difficiles, il convient de le rechercher, en pratiquant régulièrement, ou en faisant pratiquer par un spécialiste, l'examen campimétrique des yeux. » (Pitres).

Comme on le voit, le professeur Pitres convient en effet que l'hémiopie est rare dans l'hystérie, mais il ne dit pas qu'elle ne peut pas s'y rencontrer, et devant l'observation de notre malade, nous ne croyons pas que le diagnostic de *migraine ophthalmique hystérique* puisse être suspendu par suite de l'hémiopie.

Observation II. — L'observation II est beaucoup plus concluante. L'hystérie est on ne peut plus caractérisée chez Le P..., et la migraine ophthalmique y est décrite avec une précision qui ne laisse rien à désirer.

Les rapports intimes de ces deux affections ne paraissent pas non plus discutables. Nous voyons en effet que le malade s'est toujours plaint de vertiges, de céphalalgie intense qui ne semble pas dans le cas présent devoir être rattachée à la syphilis, étant donné qu'elle n'a paru très forte qu'à la suite de cette attaque occasionnée par l'accident du « *Gil Blas* », et que ce sont surtout l'électricité et les doutes qui l'ont atténuée. En outre, *depuis son premier accès nettement caractérisé de migraine ophthalmique, le malade voit ce symptôme se reproduire fréquemment, mais il n'a plus d'attaques convulsives, quoiqu'il*

présente toujours des stigmates hystériques indiscutables. Il y a là une véritable transposition : l'accès de migraine ophthalmique remplace l'attaque convulsive, et ils se comportent comme deux équivalents.

Là encore, on le voit, la migraine ophthalmique est bien d'origine hystérique.

Observations III et IV. — Ces deux observations, empruntées à M. le Dr Rabinski, et ayant été analysées par lui au point de vue spécial qui fait l'objet de notre étude, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ce qu'il dit à leur sujet :

Observation III. « L'évolution de la migraine a été dans ce cas contemporaine de celle des attaques hystériques et ces deux états morbides ont présenté les relations les plus étroites ; les attaques convulsives et les accès de migraine se sont développés vers la même époque et ont disparu en même temps. Mais il y a plus ; la migraine, tout en apparaissant parfois en dehors des attaques convulsives, les précède souvent et en constitue l'aura ; c'est là un lien qui unit intimement les deux phénomènes et qui suffit presque à établir l'identité de leur nature.

Enfin, et ceci est tout à fait probant, l'*aura des attaques convulsives qui est constituée parfois, comme nous venons de le voir, par la migraine, est représentée dans d'autres attaques par du mutisme ;* le mutisme et la migraine sont donc ici des équivalents morbides ; or, comme le mutisme, par ses caractères, paraît manifestement de nature hystérique, il doit en être de même de la migraine. »

Observation IV. « 1° Les accès de migraine sont accompagnés de manifestations nerveuses dont la nature nous paraît indiscutable ; les battements dans les tempes, les mouvements rapides d'élévation et d'abaissement de la paupière, la sensation de constriction dans la gorge, constituent, par leur union des symptômes d'attaques hystériques frustes.

« Or il nous semble absolument logique de faire dépendre la migraine et le scotome qui sont intimement liés aux phénomènes précédents, de la même névrose. 2° Les accès de migraine peuvent apparaître sous l'influence de la pression exercée sur la région de la 6° vertèbre dorsale qui représente ainsi, qu'on nous passe ce néologisme, un point *migrainogène* analogue aux points dis *hystérogènes*. »

Observations V. — Dans cette observation la malade présente des symptômes d'hystérie nettement caractérisés : attaques convulsives, engourdissements limités au côté droit, et en même temps une migraine ophthalmique avec hémiopie. (Nous sommes déjà occupé de l'hémiopie dans l'hystérie, nous n'y reviendrons pas).

Or les troubles visuels ont paru après les attaques, et ils se sont modifiés avec elles sous l'influence du même traitement. Quoique les relations entre ces deux affections ne paraissent pas dans le cas actuel tout à fait évidentes, il nous semble cependant difficile de les nier absolument.

Observations VI. — Chez la personne qui fait l'objet de cette observation, l'hystérie, qui se manifeste d'une façon évidente par des crises avec perte de connaissance,

suivie de paralysie, d'anesthésie, de contractures, d'aphasie, à débuté en même temps que les céphalalgies, vertiges et nausées, qui semble avoir formé au début une migraine ophthalmique fruste, sans troubles visuels. Puis, à la suite de son accident du 7 novembre 1880, les symptômes oculaires sont apparus et la migraine ophthalmique est alors parfaitement caractérisée, avec tous ses signes habituels : Douleurs de tête, roue dentée lumineuse, vomissements, etc. En même temps, et à la suite de cet accès, on voit survenir une nouvelle recrudescence des phénomènes hystériques.

Sous l'influence de l'électricité statique, tous ces troubles se sont amendés.

Cette observation, où l'on voit les accès de migraine opthalmique débuter avec l'hystérie et s'atténuer avec elle, ne démontre-t-elle pas manifestement que la migraine ophthalmique était sous la dépendance complète de l'hystérie, et ne peut-on pas porter encore cette fois le diagnostic de migraine ophthalmique hystérique ?

Observation VII. — Ici le diagnostic de migraine ophthalmique s'impose, il ne peut y avoir aucun doute à ce sujet. L'hystérie est aussi caractérisée d'une façon très nette par des attaques convulsives, des paralysies, de l'amnésie, de l'aphasie, etc. Or les troubles visuels chez cette malade ont paru à la suite de son accident, avec les stigmates hystériques, et ils ont disparu en même temps.

Là encore nous croyons donc que le doute n'est pas possible sur la nature hystérique de cette migraine.

Observation VIII. — A propos de cette observation, M. le docteur Galézowski dit : « En examinant attentivement cette observation, on se convaincra facilement qu'il y a là deux sortes de troubles : les uns permanents, qui durent depuis un certain temps et qui sont dus à l'hystérie. Ce sont les phénomènes propres à l'amblyopie hystérique, avec dyschromatopsie. Les autres, au contraire, sont périodiques et dépendent de toute autre cause. Ils sont en effet produits par la migraine ophthalmique. Ils surviennent brusquement, disparaissent de même, mais en laissant derrière eux un mal de tête accompagné de nausées et même de vomissements. Donc il n'est pas douteux que, dans le cas présent, la migraine oculaire s'est greffée sur la diathèse hystérique de la malade. »

N'y a-t-il réellement dans ce cas qu'une simple coïncidence entre la migraine ophthalmique et l'hystérie? Il nous semble, au contraire, qu'il y a une relation directe entre ces deux affections, si l'on remarque que, chez la malade en question, franchement hystérique, *les accès de migraine ophthalmique se sont produits au moment des règles, avec « des crampes dans tout le côté gauche » et ont remplacé les attaques antérieures, au milieu de stigmates ne laissant aucun doute sur la présence continuelle de l'hystérie.*

Observation IX. — Cette observation ne nous arrêtera pas longtemps. L'hystérie s'y révèle en effet d'une façon indiscutable.

La *migraine ophthalmique* n'y est pas moins manifeste, et nous voyons cette dernière se comporter comme une *aura véritable de l'attaque,* dont la malade se rend très

bien compte elle-même, puisqu'elle se fait camisoler dès que les troubles visuels sont apparus, persuadée que l'attaque hystérique ne peut pas manquer de se produire.

Observation X. — Comme dans le cas précédent, il ne peut pas, il nous semble, y avoir le moindre doute au sujet des attaques ni des troubles visuels dont se plaint la malade.

Elle décrit avec la plus grande netteté les symptômes qui accompagnent ordinairement la migraine ophthalmique et l'hystérie, et là encore d'une façon plus évidente que partout ailleurs, nous voyons la migraine survenir à l'époque des règles, et être l'aura certaine de l'attaque qui doit se psoduire dans la journée.

Observation XI. — Dans cette dernière observation, nous voyons encore les troubles visuels et les attaques hystériques débuter en même temps, à la suite d'influences morales; il suffit, pour s'en convaincre, de lire l'histoire de la malade. Ces deux ordres de manifestations restent intimement liés. Nous croyons donc encore pouvoir conclure à une migraine ophthalmique hystérique.

Comme on le voit, dans la plupart de ces observations, il est facile de se rendre compte que *l'hystérie tient absolument la migraine ophthalmique sous sa dépendance*, et, même dans les cas peu fréquents où le doute peut être permis, il reste encore de grandes probabilités en faveur de l'idée que nous soutenons.

CONCLUSION

Nous pensons maintenant avoir bien mis en lumière les rapports intimes qui peuvent exister entre la migraine ophthalmique et l'hystérie.

Mais, d'après M. Ch. Féré, la migraine ophthalmique « ne peut être qu'un phénomène cérébral, vraisemblablement une anémie, comme semblent l'indiquer le rétrécissement des vaisseaux de la rétine qui a été constaté plusieurs fois, et le fait signalé notamment par Dianoux, que les troubles peuvent cesser par la position déclive de la tête. On peut donc admettre l'hypothèse d'une excitation du sympathique (Du Bois Raymond) amenant des contractions spasmodiques des vaisseaux cérébraux et une anémie momentanée et limitée de la substance cérébrale, qui peut être suivie dans certains cas d'une période de congestion » (Latham).

En est-il ainsi de la migraine ophthalmique hystérique ? Il nous paraît vraisemblable de le supposer, car nous savons que l'hystérie peut être le point de départ de phénomènes vaso-dilatateurs ou vaso-constricteurs.

Dès lors, rien n'empêche d'admettre que *certaines migraines ophthalmiques ne sont en réalité que des manifestations de l'hystérie,* ainsi que nous avons essayé de le démontrer.

VU :
Le Président de la thèse,
DEBOVE

VU :
Le Doyen,
BROUARDEL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. Du vertige oculaire (Progr. méd., 1881-1882).

Babinski. De la migraine ophthalmique hystérique (Arch. de Neurologie, 1890).

Baron. Etude clinique sur les troubles de la vue chez les hysté- tériques (Th. Paris, 1878).

Camuzet. Contribut. à l'étude de l'hystérie d'origine hérédo-alcoolique (Th. Paris, 1891).

Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux.

Des troubles de la vision chez les hystériques (Progr. méd., 1878).

Chaumier. Un chapitre de l'histoire des maladies constitutionnelles (migraine, Th. de Paris, 1878).

Debove. De l'apoplexie hystérique (Bull. de la Soc. méd. des hôp., 1886).

Déjérine. De l'hérédité dans les maladies du système nerveux (Th. agrég., 1886).

Dianoux. Scotome scintillant (Th. Paris, 1875).

Ch. Féré. Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique (Rev. de méd., 1881).

Galezowski. De la migraine ophthalmique (Arch. de méd., 1878).

Guéneau de Mussy. Clinique médicale, t. I.

G. Guinon. Les agents provocateurs de l'hystérie (Th. Paris, 1889).

Janet. De l'hystérie chez l'homme (Th. Paris, 1880).

Pelletan. De la migraine et de son traitement (1843).

A. Pitres. Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme (1891).

Raullet. De la migraine ophthalmique (Th. Paris, 1883).

G. Sarda. Des migraines (Th. ágrég., 1886).

TABLE DES MATIÈRES

Paris. — Imprimerie des Écoles HENRI JOUVE, rue Racine, 15.